第１８号様式の２（第１３条の２関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

指定障害児通所支援事業者指定（更新・変更）申請書

年　　月　　日

越谷市長　宛

所　在　地

申請者　名　　　称

代表者氏名

児童福祉法の規定により、指定障害児通所支援事業者に係る指定（更新・変更）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | （〒　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人である場合  その種別 | |  | | | | | | 法人所轄庁 | | | |  | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の氏名、  職名及び生年月日 | | フリガナ |  | | | | | 職名 | | | |  | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | 生年月日 | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | （〒　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新・変更）を受けようとする事業 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （〒　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | 指定申請する事業の  開始予定年月日 | | | | | | 様　　　式 | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| 同一所在地内において行う事業等の種類 | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　１　申請する事業所の事業の種類に応じて、付表を添付してください。

　２　「受付番号」欄には、記載しないでください。

　３　「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。

　４　「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

　５　「同一所在地内において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて、事業の種類を記載してください。

　６　「事業所番号」欄には、越谷市において既に事業者としての指定を受け、番号が付番されている場合は、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。